

セミナー 申込書

(FAX: 059 - 359 - 0335)

セミナー名	超音波診断導入セミナー	
参加希望日	<input type="checkbox"/> 平成 28 年 8 月 7 日(日) 名古屋 <input type="checkbox"/> 平成 28 年 8 月 28 日(日) 福岡 <input type="checkbox"/> 平成 28 年 9 月 4 日(日) 愛媛 <input type="checkbox"/> 平成 28 年 10 月 30 日(日) 東京 <input type="checkbox"/> 平成 28 年 11 月 13 日(日) 仙台	申込締切 各回の1週間前まで!!
会員区分	<input type="checkbox"/> あさひ接骨師会 会員 [会員 No : _____] <input type="checkbox"/> ホープ接骨師会 会員 [会員 No : _____] <input type="checkbox"/> あさひ/ホープ外 <input type="checkbox"/> 学生 ※当日学生証の提示が必要 [学校名 : _____]	
施術所名		
参加者名①	ふりがな	
参加者名②	ふりがな	
連絡先	〒	
	TEL:	FAX:
事前アンケート	① エコーの経験は (ある ・ ない) ② エコー経験年数は (_____ 年) ③ 施術所にエコーが (ある ・ ない)	
支払区分	<input type="checkbox"/> 療養費控除 ※あさひ/ホープ会員のみ <input type="checkbox"/> 事前振込(領収書: 必要 ・ 不要) ※事前振込にて領収書が必要な場合は、宛名をご記入ください。後日郵送いたします。 宛名	